

ANALIZA POTRZEB KLIENTA



Miejscowość: _____

Data przeprowadzenia APK: _____

Analiza potrzeb Klienta przygotowana w oparciu o:

- ☐ rozmowę bezpośrednią z Klientem ☐ korespondencję elektroniczną

INFORMACJE O POŚREDNIKU

Zgodnie z art. 22 ust. 1, 3 i 4 ustawy z dnia 15 grudnia 2017 roku o dystrybucji ubezpieczeń POLISA – ŻYCIE UBEZPIECZENIA SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ z siedzibą pod adresem: Al. Jerozolimskie 162A, 02-342 Warszawa, jako Agent Współzawierający umowę ubezpieczenia, informuje, że jest Agentem Ubezpieczeniowym działającym w imieniu Vienna Life Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group oraz Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń Spółka Akcyjna Vienna Insurance Group z siedzibą w Warszawie.

Jako Agent Ubezpieczeniowy jesteśmy wpisani do rejestru agentów KNF pod nr 11238391/A, który jest dostępny na stronie pod adresem <https://rpu.knf.gov.pl/search/agent>. Wpis do rejestru można sprawdzić poprzez wpisanie naszych danych na powyższej stronie lub poprzez zapytanie do Komisji Nadzoru Finansowego..

Jako Agent Ubezpieczeniowy otrzymujemy wynagrodzenie stanowiące połączenie prowizji, która jest uwzględniona w kwocie składki ubezpieczeniowej i innych rodzajów wynagrodzenia.

Ponadto informujemy o możliwości złożenia reklamacji, wniesienia skargi, jak i pozasądowego rozwiązywania sporów.

OŚWIADCZENIA KLIENTA

Oświadczam, że zapoznałem się z treścią dokumentu "Obowiązek Informacyjny Administratora Danych Osobowych".

Oświadczam, że wyrażam zgodę wobec Agenta Ubezpieczeniowego* oraz POLISA-ŻYCIE Ubezpieczenia Sp. z o.o. działających w imieniu Vienna Life Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group, aby podlegać decyzji, która opiera się na przetwarzaniu, w tym profilowaniu moich danych osobowych w celu doboru produktu ubezpieczeniowego najbardziej dostosowanego do moich wymagań i potrzeb w zakresie ochrony ubezpieczeniowej, o których mowa w art. 8 ust. 1 i 3 ustawy z dnia 15 grudnia 2017 r. o dystrybucji ubezpieczeń.

Oświadczam, że rezygnuję z papierowej formy przedstawienia mi przez Agenta ubezpieczeniowego*/ OFWCA informacji, o których mowa w art. 9 ust. 1 ustawy o dystrybucji ubezpieczeń, dotyczących podejmowanych wobec mnie czynności dystrybucyjnych, w tym informacji o proponowanym mi na podstawie ankiety potrzeb klienta produkcie ubezpieczeniowym i wyrażam zgodę na przedstawienie mi powyższych informacji za pośrednictwem:

☐ adresu e-mail: _____

Wyrażam zgodę na kontakt Agenta ubezpieczeniowego*/ OFWCA w zakresie informacyjnym dotyczącym czynności obsługowych w procesie objęcia mnie ochroną ubezpieczeniową (wyłącznie wsparcie procesu):

☐ telefonicznie/sms: _____

Oświadczam, że podane przeze mnie dane są prawdziwe, zgodne z rzeczywistym stanem rzeczy.

KLIENTE, CZY TO TY JESTEŚ ZAINTERESOWANY UBEZPIECZENIEM CZY REPREZENTUJESZ FIRMĘ/INSTYTUCJĘ?

☐ OSOBA FIZYCZNA | Imię i nazwisko: _____ PESEL: _____

☐ OSOBA PRAWNA | Nazwa: _____
REGON: _____

KOMU MAMY ZAPEWNIĆ OCHRONĘ UBEZPIECZENIOWĄ?

- ☐ CHCĘ UBEZPIECZYĆ SIEBIE
- ☐ CHCĘ UBEZPIECZYĆ SIEBIE I MOICH BLISKICH
- ☐ CHCĘ UBEZPIECZYĆ MAŁŻONKA/MAŁOŻONKĘ/PARTNERA/PARTNERKĘ

Imię i nazwisko: _____ PESEL: _____

- ☐ CHCĘ UBEZPIECZYĆ DZIECKO

Imię i nazwisko: _____ PESEL: _____

- ☐ CHCĘ UBEZPIECZYĆ MOICH PRACOWNIKÓW I ICH RODZINY

Imię i nazwisko**: _____ PESEL**: _____

JAKIM UBEZPIECZENIEM JESTEŚ ZAINTERESOWANY?

- ☐ OCHRONNYM NA ŻYCIE Z SZEROKIM KOSZYKIEM RYZYK „NA WSZELKI WYPADEK” UJĘTYM W UBEZPIECZENIU PAKIETOWYM
- ☐ OCHRONNYM NA ŻYCIE ZABEZPIECZAJĄCYM GŁÓWNIEM NA WYPADEK ZGONU
- ☐ OCHRONNYM NA ŻYCIE ZABEZPIECZAJĄCYM GŁÓWNIEM NA WYPADEK ZGONU NW KIEROWCY
- ☐ KAPITAŁOWYM POŁĄCZONYM Z OCHRONĄ NA WYPADEK ZGONU UBEZPIECZAJĄCEGO
- ☐ UBEZPIECZENIEM INDYWIDUALNIE DOBRANYM Z WYBOREM RYZYK I CZĘŚCIĄ KAPITAŁOWĄ I INWESTYCYJNĄ (U FK)

CZY CHCESZ, ŻEBY PRODUKT UBEZPIECZENIOWY UWZGLĘDNIŁ CZYNNIKI ZRÓWNOWAŻONEGO ROZWOJU?

- ☐ NIE
- ☐ TAK

i

Produkty uwzględniające czynniki zrównoważonego rozwoju to produkty, które mają pozytywny wpływ na środowisko (np. chronią środowisko naturalne, ograniczają jego zanieczyszczenie, wspierają odnawialne źródła energii) i/lub społeczeństwo (wspierają wrażliwe grupy społeczeństwa, promują profilaktykę zdrowotną, czy dobrostan psychiczny).

W WYNIKU PRZEPROWADZONEJ ANALIZY POTRZEB KLIENTA ZOSTAŁO MI ZAPROPONOWANE UBEZPIECZENIE

Podpis Klienta

Podpis Agenta Ubezpieczeniowego/OFWCA

* nie dotyczy, gdy umowa zawierana jest przez OFWCA

** dotyczy, gdy Ubezpieczającym jest osoba fizyczna, nie dotyczy umów ubezpieczenia grupowego